



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

**Kognitiv terapi ved depresjon hos personer med
Alzheimer sykdom/ Cognitive therapy for depression
with people with Alzheimer`s disease**

Vivian Akerø Svenslid

Totalt antall sider inkludert forsiden: 31

Molde, 14. april 2010



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Kognitiv terapi ved depresjon hos personer med Alzheimer sykdom

Tittel på engelsk: Cognitive therapy for depression with people with Alzheimer`s disease

Forfatter(e): Vivian Akerø Svenslid

Fagkode: VPH705

Studiepoeng: 60

Årstall: 2010

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ja ☐nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato:

Antall ord: 8793.

Forord / Sammendrag

I årene som kommer vil vi se en økning i den eldre befolkningen. Samtidig vil en se flere personer med demenssykdommer. Det hevdes i dag at 60 % av alle som har demenssykdom har Alzheimer sykdom (AS). Helsearbeiderne vil trolig i fremtiden møte flere personer som har AS, samtidig som man kan se komplikasjoner og ulike problemstillinger som følger av sykdommen. Depresjon forekommer hyppig blant personer som har Alzheimer sykdom. Årsakene til dette kan være mange og sammensatte. De eldre opplever gjennom ett langt liv flere tap som kan være risikofaktorer for å utvikle depresjon. Det hevdes at aldringsprosessen fører til biokjemiske hjerneorganiske forandringer som kan bidra til utvikling av depresjon hos eldre. Ved Alzheimer sykdom kan forandringene i nervesystemet være en ytterligere risikofaktor for å utvikle depresjon. Da symptomene ofte kan være vage, skjulte eller det at personen ikke klarer å gi uttrykk for de depressive symptomene kan det være vanskelig å avdekke depresjon. Helsearbeidere bør være oppmerksom på hvordan depresjon ved Alzheimer sykdom opptrer annerledes i forhold til andre typer depresjon. Pårørende og andre nære kan gi viktige opplysninger om fremtredende depressive symptomer hos personer med Alzheimer sykdom.

Det understrekes at man ikke må se på depresjon hos eldre som en naturlig del av det å bli gammel. En bør ha en aktiv og positiv innstilling til behandling, da undersøkelser viser at de eldre responderer like godt som yngre på flere former for behandling mot depresjon. I oppgaven vektlegges psykoterapi som en del av behandlingen møte med personer som har Alzheimer sykdom og samtidig lider av depresjon. Det gis eksempler på flere elementer fra KAT som psykisk helsearbeider kan anvende ved Alderspsykiatrisk avdeling.

Det er utført lite forskning knyttet til psykiske lidelser hos eldre, men en kan se en økende interesse innenfor dette fagfeltet de siste årene. Flere studier og forfattere antyder at det kan være hensiktsmessig å benytte kognitiv atferdsterapi (KAT) ved depresjon hos personer som har AS. Det kan også være hensiktsmessig å kombinere flere psykoterapeutisk retninger.

Innhold

INTRODUKSJON	1
PROBLEMSTILLINGER.....	3
Hovedproblemstilling.....	3
Del – problemstillinger	3
TEORI.....	4
Aldring	4
Demens.....	4
ALZHEIMER SYKDOM (AS)	5
Depresjon ved Alzheimer sykdom	5
Behandling av depresjon ved Alzheimer sykdom.....	7
PSYKOTERAPI.....	8
Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	8
EMPIRI.....	11
DISKUSJON.....	12
Kartlegging av depresjon ved Alzheimer sykdom	12
PSYKOTERAPI VED ALZHEIMER SYKDOM	15
Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	16
Atferdsterapi.....	21
KONKLUSJON.....	22
REFERANSER.....	24

INTRODUKSJON

Eldre er en stor gruppe av befolkningen i dag. Det snakkes ofte om eldrebølgen som kommer og høyere levealder, derav flere personer med demenssykdom. (Kjos og Aas, 2008). Nilsen(2006) viser til tall fra Statistisk sentralbyrå som vurderer at antall eldre vil øke dramatisk de neste 50 årene og hevder med dette at antall personer med demens vil anslagsvis øke fra 65.000 til 165.000. Ifølge Engedal(2008) er Alzheimers sykdom (AS) den vanligste sykdommen som fører til demens og kommer inn under gruppen degenerativ hjernesykdommer. Det hevdes at over 60 % av de som har demens har Alzheimer sykdom. Ifølge Engedal og Wyller(2006) ser at forekomsten av AS stiger i takt med alderen og de hevder at aldring er en viktig risikofaktor til AS. Tjøstheim(2008) beskriver Alzheimer sykdom en kronisk progredierende tilstand som det ikke finnes en kurativ behandling mot.

Kraus(2003) nevner at de psykiatriske sykdommene som oftest rammer de eldre er depresjon og demens. Ifølge Engedal(2008) er depresjon underdiagnostisert og underbehandlet hos eldre. Barca(2009) hevder eldre mennesker er mer sårbar for depresjon enn yngre. Hun beskriver årsakene til depresjon blant eldre som sammensatt. De utløsende faktorer som nevnes kan være både psykososiale forhold som ulike tapsopplevelser og biologiske faktorer som biokjemiske endringer i hjernen. Videre argumenterer hun for at mennesker som får stilt diagnosen demens er utsatt for å få depressiv sykdom og depressive symptomer.

Ifølge Engedal og Wyller(2006) forekommer atferdsmessige, psykologiske og psykiatriske symptomer (APSD), i mer eller mindre grad ved de ulike typene av demens. De hevder ved Alzheimer sykdom ser en hyppigst forekomst av depresjon, apati og tiltaksløshet hos pasientene. I Guideline for Alzheimer`s Disease Management(2008) hevdes det at depresjon forekommer hos 50 % av de som har Alzheimer sykdom. Her vektlegges betydningen av at helsearbeidere er oppmerksomme på symptomer ved depresjon hos personer som har Alzheimers sykdom. I rapporten understrekes denne betydningen også, for tidlig å kunne iverksette intervensjoner for å unngå ugunstige utfall som for tidlig innleggelse i sykehjem, aggressivitet overfor pårørende, forekomst av depresjon hos pårørende og økt mortalitet hos pasientene.

Engedal og Wyller(2006) hevder at det å få demenssykdom er en påkjenning både for pasient og deres nære. De beskriver følelser som fortvilelse og angst kan opptre hos

pasienten som følge av at de opplever å miste kontrollen over sine tanker og nedsatt evne til å utføre praktiske oppgaver. De hevder forandringer i hjernen direkte kan utløse depressive symptomer. Med dette henviser de til undersøkelser som viser at blant pasienter med Alzheimers sykdom forekommer depressivt stemningsleie hos 41 % av dem og depressiv sykdom hos 19 %.

Ifølge Engedal og Haugen(2005) er kombinasjonen av demens og depresjon svært ugunstig med hensyn til forventet levetid i alderdommen. De vektlegger derfor betydningen av å fange opp depresjon hos personer som lider av demens. Barca(2009) viser til flere negative følger av depresjon hos personer med Alzheimer sykdom og deres pårørende. Dette beskriver hun som ytterligere nedsettelse av ADL- funksjoner hos pasientene, nedsatt livskvalitet for både pasienter og deres omsorgsgivere, økt omsorgsbyrde, depresjon og hyppigere forekomst av sykdom hos pårørende. Tjøstheim(2008) understreker at et viktig mål for behandling i møte med personer som har demens er å hjelpe pasienten med å gjenvinne helse, akseptere sin situasjon og leve med sykdom. Dette hevder hun kan ivaretas gjennom dialog mellom pasient og hjelper. Ifølge Engedal(2008) er det utført lite forskning i forhold til psykoterapi som del av behandlingen av depresjon hos eldre. Engedal og Wyller(2006) hevder at tjenester som tilbyr psykoterapi til eldre er lite utbredt og de som finnes er lite kjent i dag. De argumenterer for økende fokus på psykologiske behandlinger for eldre og at det vil gi store utfordringer i fremtiden for å kunne gi dette helsetilbudet til de eldre. Ifølge Engedal(2008) kan det være begrenset interesse for psykiske sykdommer hos eldre i psykiatriske fagmiljø, men dette er i ferd med å endre seg. Videre nevnes det at flere studier viser god effekt av kognitiv terapi og atferdsterapeutiske teknikker ved behandling av depresjon hos de eldre, også for de som har demens. Dette danner utgangspunktet for denne oppgaven hvor målet er å belyse hvordan kognitiv atferdsterapi kan anvendes i behandlingen hos eldre som har Alzheimer sykdom og samtidig lider av depresjon.

PROBLEMSTILLINGER

Personer blir ofte innlagt ved Alderspsykiatrisk avdeling med forespørsel om vurdering av om pasienten har depresjon eller kognitiv svikt. En kan se flere av de samme symptomene ved begge tilstandene og det kan være en kombinasjon av begge tilstandene.

Engedal(2008) gir en beskrivelse av flere forskjellige typer demens og han hevder at årsakene til at depresjon forekommer blant denne pasientgruppen kan være mange.

Jeg vil begrense meg til å ta utgangspunkt i behandling til personer som har Alzheimer sykdom av mild type, som er den mest utbredte av demenssykdommene. Dette relatert til depresjon blant denne gruppen, klassifisert som depressiv episode i henhold ICD- 10.

(Statens helsetilsyn, 1996). I oppgaven blir det vektlagt hvordan psykisk helsearbeidere tilnærmer seg denne pasientgruppen ved innleggelse i Alderspsykiatrisk avdeling.

Medikamentell behandling og annen ikke-medikamentell behandling blir ikke nevnt, da jeg ønsker å vektlegge den psykoterapeutiske delen av behandlingen.

Hovedproblemstilling

Hvordan kan man som psykisk helsearbeider ved Alderspsykiatrisk avdeling, best ivareta eldre med Alzheimer sykdom som også sliter med depresjon?

Med denne oppgaven ønsker jeg å belyse noen av risikofaktorene til depresjon blant eldre som har demens av Alzheimer sykdom. Videre vil jeg si noe om sammenhengen mellom Alzheimer sykdom og utvikling av depresjon. Jeg ønsker å finne mer ut om hvordan psykisk helsearbeidere bedre kan kartlegge depresjon hos eldre med Alzheimer sykdom. Fokus i oppgaven vil være hvordan psykisk helsearbeider best kan ivareta denne pasientgruppen ved innleggelse i Alderspsykiatrisk avdeling ved å benytte elementer fra kognitiv atferdsterapi.

Del – problemstillinger

Hvordan kan vi identifisere symptomer ved depresjon hos personer som har Alzheimer sykdom?

I hvilken grad kan man anvende kognitiv atferdsterapi (KAT) ved depresjon hos en person som har Alzheimer sykdom?

TEORI

Aldring

Ifølge Engedal og Wyller(2006) blir den nære sammenhengen mellom kropp og sjel tydeligere i alderdommen. Med dette begrunner de at organiske hjerneskader ved demens ofte fører til psykiatriske symptomer. Videre argumenterer de for at psykisk sykdom i høy alder ofte har sammenheng med tap av somatisk helse og funksjon. Det gis en beskrivelse av hvordan aldringsprosessen påvirker flere funksjonsområder i hjernen. De hevder med dette at aldringsprosessen i seg selv kan føre til Alzheimers sykdom. I henhold til Karoliussen og Smebye(2006) kan flere normale biokjemiske aldersforandringer, særlig tap av serotonin bidra til utvikling av depresjon hos eldre. Engedal og Wyller(2006) nevner flere psykososiale og biologiske faktorer ved aldring som kan føre til depresjon og vanskeliggjøre behandling hos eldre. De psykososiale faktorene som kan føre til depresjon hevder de er; lav utdanning, uløste konflikter, seksuelt misbruk tidligere i livet, stress, økonomiske bekymringer, traumer, ustabile forhold i samliv og fravær av ”nær- person”. Videre vektlegger de flere former for tap som kan utløse depresjon hos eldre. Tapene kan være det å pensjonere seg, sorg, tap av selvstendighet eller autonomi og sosial støtte, tap av funksjoner og nedsatt funksjonsevne.

Demens

Engedal(2008) definerer demens slik:

Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke sykkelige tilstander i hjernen som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (s.217).

Ifølge Engedal(2008) forekommer demens hyppigst hos personer over 70 år og betegnes da som aldersdemens. Han nevner at denne tilstanden tidligere ble oppfattet som et aldringsfenomen, men nå blir den beskrevet som en organisk hjernesykdom. Videre henviser han til internasjonale klassifikasjonssystemer, hvor demenssyndromet er beskrevet. Her understrekes det at før diagnosen demens kan stilles må den kognitive svikten virke inn på en persons funksjonsevne. Ifølge Engedal og Wyller(2006) finnes det i dag omlag 70 000 personer med demens i Norge. Det hevdes at forekomsten er økende med stigende alder. De argumenterer for at en i dag ikke kjenner til noen vesentlige faktorer som kan hindre utvikling eller lege noen av demenssykdommene. Videre

beskriver de at etter hvert som sykdommen progredierer, trenger pasienter i denne gruppen gradvis mer og mer hjelp.

ALZHEIMER SYKDOM (AS)

Solheim(2009, s. 28) definerer demens av Alzheimer sykdom (AD) slik:

AD er en sykdom i selve nervesystemet som blant annet består i at nervecellene og deres utløpere dør eller ikke lengre fungerer. Nerveutløperne i hjernebarken ødelegges, og forbindelsen mellom hjernecellene blir brutt. Dette er den typiske aldersdemens. Den kjennetegnes ved at sykdommen begynner langsomt, nærmest snikende, og forverres over tid.

Ifølge Engedal og Wyller(2006) er Alzheimers sykdom (AS) er en av sykdommene i gruppen degenerative hjernesykdommer som fører til demens. De hevder dette er den vanligste årsaken til demens og over 60 % av de som har demens har denne sykdommen. Det beskrives en stigende forekomst av AS i takt med høyere alder og med dette hevdes det at aldring er en viktig risikofaktor til AS. Det argumenteres for at en i dag ikke vet om de nøyaktige årsakene til at individer utvikler AS, samtidig gis en beskrivelse av faktorer som kan virke inn på utvikling av sykdommen; genetikk, miljø og aldring.

Engedal og Wyller(2006) beskriver at etter hvert som sykdommen gradvis utvikler seg, blir det vanskeligere for pasienten å mestre aktiviteter og utfordringer i det daglige.

Engedal(2008) hevder at pasienter som har Alzheimer sykdom blir lett frustrert og forvirret dersom det stilles for høye krav til dem. Dette kan unngås dersom omgivelsene legges til rette for dem slik at de opplever minst mulig utfordrende situasjoner som gir følelse av nederlag.

Depresjon ved Alzheimer sykdom

Ifølge Rokstad og Smebye(2008) virker det å få en demenssykdom negativt inn på personenes selvbilde. Det gis en beskrivelse av at de fleste opplever fortvilelse over ikke å mestre daglige gjøremål og demenssykdommen fører med seg flere former for tap. Videre beskriver de tap av mentale funksjoner som svært omfattende og hvordan dette virker inn på personenes muligheter til livsutfoldelse. Fremtidsutsikter er usikre og flere tap vil gradvis komme. Dermed stadig nye utfordringer knyttet til å mestre situasjoner. De hevder at personer med demens har som følge av sykdommen også har nedsatt evne til å forholde

seg til de ulike tapene. Ifølge Engedal og Wyller(2006) tenker ofte de eldre med depresjon at de er en belastning for andre og kan tenke det beste ville være at de var død. Tanker om å begå suicid finnes hos halvparten av de eldre som har depresjon. Videre hevder de at eldre med depresjon ofte vegrer seg for å ta beslutninger. De beskriver isolasjon og negative tanker som vanlige konsekvenser av tilstanden. Krøger, Lund, Skarstein og Stubhaug(2000, s.207-220) hevder depresjon forekommer hyppig ved Alzheimer sykdom. Det legges til grunn biologiske og psykologiske faktorer som årsakene til dette. Dette begrunner de med at Alzheimer sykdom er en kronisk sykdom som fører med seg betydelig funksjonssvikt samtidig som kan se strukturelle og biokjemiske endringer i hjernen. Ifølge Fossan og Raaheim(2001) kan mentale og fysiske funksjoner bli ytterligere svekket ved depresjon hos personer med Alzheimer sykdom. Dette hevder de er en belastning i tillegg til selve grunnsykdommen og understreker viktigheten å starte behandling, da det finnes flere gode alternativer. Engedal(2008) understreker at depresjoner hos eldre ikke må ses på som en naturlig del av det å bli gammel og anbefaler at behandling iverksettes. Det argumenteres for at vedvarende depresjoner hos eldre kan gjøre pasientene hjelpeløse og gi dem dårlig livskvalitet. Videre vises det til at ved ubehandlet depresjon hos eldre er mortaliteten to til tre ganger høyere enn hos eldre som ikke har depresjon og ved depresjoner ved demens er dødeligheten ytterligere forhøyet. Ifølge Guideline for Alzheimer's Disease Management(2008) bør helsearbeidere være bevisst på hvordan depresjon ved Alzheimer sykdom opptrer annerledes i forhold til andre typer av depresjon. Etter hvert som Alzheimer sykdom utvikler seg blir en mer avhengig av å få informasjon fra pårørende vedrørende pasientens tilstand for å fange opp depressive symptomer hos pasienten og for å kunne iverksette behandling hevdes det i rapporten. Fossan og Raaheim(2001) hevder personer med demenssykdom ofte ikke klarer å formidle plagene sine og er i stor grad avhengige av sine nærmeste til å ta kontakt med lege ved mistanke om depresjon. Engedal og Wyller(2006) anbefaler en grundig samtale med både pasient og pårørende og betegner dette som viktig for å avdekke depresjon. Dette for å få en helhetlig oversikt over hvilke symptomer som viser seg før en kan si om de foreligger en depresjon.

Maudon(2008) hevder kognitiv atferdsterapi (KAT) har empirisk støtte som effektiv behandling av depressive lidelser ved Alzheimer sykdom. KAT er velkjent som intervensjon ved depressive lidelser, men denne tjenesten har ikke vært tilgjengelig for eldre med demens inntil nylig. Årsaken kan være at det lenge har vært antatt at denne type

behandling er for utfordrende for personer med demens på grunn av deres kognitive svikt. Maudon(2008) viser til Walker(2004) som beskriver KAT anvendt ved depresjon hos en person som har Alzheimer sykdom og hans pårørende. Resultatene av KAT i denne undersøkelsen var positiv. Terapien førte til mindre symptomer på depresjon både hos pasient og pårørende. Pasienten hadde en forbedring på MMSE score etter avsluttende terapi.

Behandling av depresjon ved Alzheimer sykdom

Engedal(2008) hevder at en bør ha en aktiv og positiv innstilling til behandling ved depresjon hos eldre som har Alzheimer sykdom.

Ifølge Krøger m.fl.(2000, s.207-220) har det i liten grad vært benyttet psykoterapi i behandlingen ved depresjon hos eldre. Det hevdes at årsaken kan være generell liten interesse for psykiske lidelser hos eldre. Videre viser de til holdninger og forestillinger om alderdommen som sorg og strev i den vestlige verden. De nevner også at Freud hevdet at for mennesker over 50 år er ikke psykoterapi hensiktsmessig behandling. Ifølge Engedal og Wyller(2006) viser forskning gjennom de siste 50 årene at psykoterapi kan være ett godt alternativ til medikamentell behandling ved depresjon hos eldre. Det hevdes at eldre responderer like godt som yngre på flere former for behandling mot depresjon. Videre hevder de at dette også gjelder de som får en depresjon i forbindelse med utvikling av demens. De viser til undersøkelser i forhold til psykoterapi som behandling som viser bedring blant de eldre med depresjon i minst 1-2 år. I henhold til Engedal og Wyller(2006) har det vist seg hensiktsmessig å aktivisere pasienter som har AS da de ofte blir passive som følge av sykdommen. De understreker viktigheten av det å tenke individuelt og ha fokus på ressursene til hver enkelt pasient. Videre hevder de at utnytting av daglige aktiviteter kan virke positivt på atferd og dermed kan trappe ned medisiner. Ifølge Guideline for Alzheimer`s Disease Management(2008) viser undersøkelser at en av de mest effektive atferds- behandlingene er å øke lystbetonte aktiviteter.

Ifølge Engedal og Haugen(2005) kan man ha nytte av ulik behandlingstilnærming til de ulike demenssykdommene. De beskriver at helsearbeideren bør ha en trygg og stabil rolle i møte med personer som har Alzheimers sykdom. Videre hevder de at helsearbeideren bør være forklarende, forståelsesfull og lyttende. Fossan og Raaheim(2001) vektlegger emosjonell støtte, empati og positiv oppmerksomhet som viktige terapeutiske intervensjoner ved behandling av depresjon hos personer med Alzheimer sykdom.

Ifølge Fossan og Raaheim(2001) kan atferdsterapi ha positiv effekt ved depresjon hos eldre som har Alzheimers sykdom. Atferdsterapi er direkte rettet inn mot atferdsproblemer som mange har som følge av Alzheimer sykdom. Målene kan være å øke sosial omgang og å bedre en persons evner til å ivareta egenomsorg. Nyere forskning hevder at rendyrkede atferdsmetoder ikke tar vare på det grunnleggende behovet for trygghet som pasienter med demens spesielt er sårbar overfor. Atferdsterapi bør derfor sammenfattes med emosjonelt støttende strategier fra helsearbeiderne. Ifølge Engedal(2008) kan denne type behandling ha positiv virkning for eldre deprimerte og er begrunnet med at ulike situasjoner kan fremkalle en følelse av lyst eller ulyst hos den eldre. De med depresjon har oftest en følelse av ulyst. Det beskrives at ved atferdsterapi forsøker man å la den eldre være i situasjoner som fremkaller en lystfølelse og dermed minsker situasjoner hvor de føler ulyst. Terapien kan være i form av samtaler, oppgaveløsninger, å lære avspenningsteknikker og å lære å oppleve gode ting på en ny måte. En kan benytte dag eller ukeplan med forslag til aktiviteter som en del av behandlingen. Engedal(2008) hevder at denne type behandling har vist seg å være like effektiv som kognitiv terapi ved depresjon hos eldre.

PSYKOTERAPI

Fossan og Raaheim(2001) legger flere mål til grunn for å anvende psykoterapi til personer som har demens. Ifølge dem, har psykoterapi som hensikt å redusere destruktiv atferd, å forsterke og vedlikeholde positiv atferd, bedre hukommelse og evne til mestring til tross for kognitiv svikt, og lindre angst og symptomer ved depresjon.

Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Ifølge Nilsen(2006) kan kognitiv terapi ha en viss effekt i forhold til forbedring av mental funksjon og økt livskvalitet hos personer med demens. Krøger, Lund, Skarstein og Stubhaug(2000, s.207-220) hevder at effekten av kognitiv eller atferdsregulerende terapi ved behandling av depresjon hos pasienter i alderen 65-75 år har vist seg å være svært god. Barca(2009) beskriver kognitiv terapi eller annen psykoterapi som ikke hensiktsmessig behandling av depresjon hos personer med demens. Dette begrunnes med personenes hukommelsessvikt. Videre henviser hun til forskning som har vist at aktiviteter som gir gode opplevelser hos pasientene reduserer depresjon hos denne pasient- gruppen. Det nevnes miljøbehandling, fysisk aktivitet og daglige sosiale aktiviteter som del av behandlingen som kan redusere depressive symptomer. Ifølge Engedal(2008) har effekten

av psykoterapi ved depresjon hos eldre vist seg å være god. De viser til at 70 % oppnår bedring ved kognitive og atferdsterapeutiske teknikker.

Ifølge Kjos og Aas(2008) blir kognitiv terapi også betegnet som kognitiv atferdsterapi. Nilsen og von der Lippe(2002) beskriver kognitiv terapi som en tidsbegrenset, strukturert, kortvarig, dirigerende og problemorientert behandling. Det hevdes at det er viktig å ha ett godt forhold mellom terapeut og klient, da dette betegnes som en forutsetning for behandlingen, men relasjonen vektlegges ikke noe utover det. Engedal og Wyller(2006) beskriver at denne behandlingen er rettet mot kognitive prosesser som fører til vedvarende depresjon. Det vektlegges betydningen av tilpasningsstrategier for å kunne møte endringer og tap som alderdommen kan føre med seg. Krøger m.fl.(2000, s.89-101) beskriver kognitiv terapi som en terapiform der en vektlegger hvordan personers tanker virker inn på ens følelser og videre hvordan dette fører til en bestemt atferd. Denne sammenhengen betegner de som en sirkulær prosess, hvor tanker, følelser og atferd gjensidig virker inn på hverandre. Fokuset innenfor kognitiv terapi er hvordan personer tenker, men en kan også benytte atferdsmodifiserende teknikker innefor denne retningen. Krøger m.fl.(2000, s.89-101) viser til den kognitive depresjonsmodell av Beck, ved behandling av depresjon. Innenfor denne modellen finner vi sentrale begreper som automatiske tanker, feiltolkninger og skjema. Her beskrives automatiske tanker som spontane situasjonsavhengige tanker i bevisstheten vår. Feilfortolkninger beskriver ulike måter å misforstå situasjoner på og kan virke inn på den følelsesmessige reaksjonen. Skjema blir også omtalt som leveregler og dannes i barndommen. Levereglene virker inn på hvordan en person ser på seg selv, andre og samhandling med andre, gjennom tolkning av en hendelse.

Burns og Lliffe(2009) hevder at psykoterapeutiske tilnærminger som blant annet kognitiv atferdsterapi har god effekt ved mild og moderat demens. Det argumenteres for at denne behandlingen kan hjelpe pasientene med å endre katastrofetanker og depressiv tilbaketrekning. Ifølge Burns og Lliffe(2009) viser flere studier, en kombinasjon av KAT og personsentrert tilnærming i behandlingen hos personer med demens seg nyttig. De argumenterer for inkludering av flere teknikker som realitetsorientering, hukommelsesstrategier og viktigheten av å forklare pasienten at demens er en vedvarende funksjonshemming. De understreker også viktigheten av å ivareta ressurser hos pasienten. Berge og Repål(2007) beskriver hvordan en kan benytte kognitiv terapi ved personer som lider av depresjon. De hevder at ved denne behandlingen vektlegges det å endre handle- og

tankemønstre. Dette ved å kartlegge en persons daglige aktiviteter, hvordan den enkelte legger opp til praktiske gjøremål, hjelpe slik at personen ser seg selv utenfra, og diskusjon av negative tankemønstre. Det understrekes at det er terapeutens oppgave å legge til rette for ett aktivt og gjensidig samarbeid og rammene rundt den terapeutiske samtalen. Dette kan blant annet gjøres ved å få en avtale om gjensidig samarbeid med klienten. Det hevdes videre at terapeuten skal ha en empatisk holdning, utvise varme og respekt. Personer med depresjon opplever ofte livet sitt som kaotisk. I samarbeid kan klient og terapeut lege en problemliste for å få en oversikt over hvilket problem er tyngst. Videre gir terapeuten en innføring i hva kognitiv terapi er (Berge og Repål, 2007).

Nilsen og von der Lippe(2002) vektlegger kognitiv terapi av Aron T. Beck og hans kollegaer fra 1960- tallet. De beskriver hvordan Becks forskning av depressive pasienter kom frem til at pasientene ofte hadde en opplevelse av nederlag og systematisk negativ bearbeiding av informasjon. Dette gav grunnlaget for hans kognitive psykopatologimodell hvor målet er å beskrive endringer i menneskers kognitive system ved psykisk sykdom. Berge og Repål(2007) hevder personer kan bli deprimerte av tankene de får i enkelte situasjoner, ikke nødvendigvis av selve situasjonen. De beskriver at ved å endre måten en tenker på kan en samtidig endre følelsene. Det sentrale målet innenfor kognitiv terapi er å oppdage hvilke tanker som kan gi økt eller redusert mestring. De viser til en ABC- modell (s.14, 2007), for endring av negative tanker og atferd:

A Hendelsen

B Tanker omkring hendelsen

C Følelser knyttet til tolkning av hendelsen

Ifølge Berge og Repål(2007) er stikkord for den terapeutiske holdningen innenfor kognitiv terapi; ekthet, empatisk og ubetinget akseptasjon. Videre nevnes det tålmodighet, varme, ærlighet og nærhet, som er andre egenskaper det er viktig terapeuten har, samtidig som en skal utvise kompetanse til å hjelpe klienten. Det hevdes terapeuten kan notere under samtalen og dermed vise klienten hvordan tanker, følelser, handlinger og samhandlingers gjensidig påvirker hverandre.

EMPIRI

Per er en mann på 65 år. Han fikk diagnosen Alzheimer sykdom for fem år siden. Hans kone har nå kontaktet hans primærlege i samråd med pasienten, da de føler at hele hans tilstand har forverret seg. Konen gir uttrykk for at hun opplever at Per er blitt tiltakende glemsk, initiativløs, har nedsatt stemningsleie, matlyst, aktivitetsnivå og han vil helst være i fred. Per svarer avkreftende på direkte spørsmål fra lege om han føler seg deprimert. Primærlege sender henvisning til Alderspsykiatrisk seksjon hvor han ber om at Per utredes med tanke på økende kognitiv svikt eller depresjon.

Under velkomstmøtet i avdelingen oppleves Per som innadvendt og lite meddelsom, han snakket lite og svarte mest på direkte spørsmål. Til tross for dette, kom det tydelig frem, at det han opplever som det største problemet er at han ikke får kjøre bil. Han sier han ikke forstår hvorfor han lengre ikke kan kjøre og mener selv at han får det til. Han uttrykker sinne overfor primærlege og "de andre" som har vært med på denne bestemmelsen for ett halvt år siden. Videre gav han uttrykk for at han blir oppgitt over at "husken" er blitt dårligere. Per gir uttrykk for at han er litt vegrende til innleggelsen i en psykiatrisk avdeling, da han mener han egentlig ikke tror han kan ha hjelp av dette. Han sier blant annet at "det er bare han Alzheimer som plager meg, han tar større plass i hodet mitt". Per og hans kone har tidligere vært sosiale og har fremdeles flere venner som de besøker. Det siste halve året vil Per helst ikke på besøk og holder seg mest mulig hjemme. Når de selv har besøk i hjemmet er han stille og deltar lite i samtaler. Konen opplever også at Per har "kortere lunte" og blir oftere sint nå enn tidligere.

Per har ingen andre tidligere kjente somatiske eller psykiske sykdommer. Han har motorisk afasi, men forstår det som blir sagt til han og kan fremdeles lese og skrive. Han er i god fysisk form, da han har vært aktiv og drevet med idrett hele livet. Han røyker ikke og drikker ikke alkohol.

Per er gift og bor i eget hjem i lag med konen. Leiligheten har livsløpsstandard og de ønsker begge at Per skal bo hjemme så lenge som mulig. Sammen har de tre barn som bor i forskjellige deler av landet. Konen har jevnlig telefonisk kontakt med dem, men Per vil ikke snakke i telefon da han sier han er redd for å ikke finne ordene. De sees ett par ganger i året. Per og hans kone har informert dem om at Per har Alzheimer sykdom, men de ønsker ikke at barna skal involveres mer i forhold til hans sykdom.

Per kan ikke kjøre bil lengre. Dette ble vurdert av hans primærlege i samarbeid med spesialisthelsetjenesten for seks måneder siden. Han har kjøpt seg sykkel og bruker denne en del nå, men savner å kjøre bil.

Han ble uføretrygdet på grunn av Alzheimer sykdom og er nå pensjonert. Tidligere drev han eget snekker -firma med flere ansatte.

Det kommer fram at han tidligere har vært interessert i fotball, trivdes med å gjøre hagearbeid og husarbeid. Hjemme er det fremdeles han som klipper plenen, fyrer i peisen, støvsuger og setter i oppvaskmaskin. Sier at han vil føle seg til nytte. Det siste halv- året har det mindre av alt dette.

DISKUSJON

Kartlegging av depresjon ved Alzheimer sykdom

Engedal og Wyller(2006) henviser til undersøkelser som viser at forekomsten av depresjon øker med alder. Med dette begrunner de også at av de med aldersdemens vil 25 % utvikle behandlingstrengende depresjon og depresjonen kan forekomme i alle stadier av demenssykdommen. Rokstad og Smebye(2008) og Barca(2009) hevder at personer med demenssykdom ofte utvikler en depresjon. Med dette kan en hevde at Per har risiko for å utvikle depresjon.

Ved innleggelse i Alderspsykiatrisk avdeling er det viktig at Per får benytte de første dagene til gjøre seg kjent i avdelingen. Det er mange nye inntrykk for han og som nevnt hevder Engedal(2008) at personer med Alzheimer sykdom lett kan bli frustrert og forvirret. Videre uttrykker han at tid er en viktig faktor ved all behandling av eldre. Det argumenteres for at man må bruke tiden for å få ett helhetsbilde av pasientens situasjon og undersøke om det er symptomer som pasientene ikke nevner selv. I avdelingen kan det være hensiktsmessig at psykisk helsearbeider er med på å tilrettelegge undersøkelser, tester, samtaler og aktiviteter på ulike dager når Per er inneliggende i avdelingen. Fossan og Raaheim(2001), Guideline for Alzheimer`s Disease Management(2008) og Engedal og Wyller(2006) understreker viktigheten av å innhente opplysninger om symptomer ved depresjon hos personen med Alzheimer sykdom fra pårørende. I møte med Per kan informasjon fra konen være av stor betydning da Per ikke sier så mye selv. Han unngår da

påkjenningen, det kan være å bli konfrontert med hans kognitive svikt ved å måtte svare på mange spørsmål.

Ved Alderspsykiatrisk avdeling kan psykisk helsearbeider i løpet av den første uken kartlegge Per sine evner til egenomsorg. Dette for å avdekke både ressurser og funksjonssvikt. Engedal(2008) hevder man bør legge vekt på pasientens evne til å ivareta ernæring, ekskresjon, personlig hygiene, aktivitet, søvn og hvile i data -innsamlingen. Videre bør en også kontinuerlig observere og beskrive hvordan pasienten mestrer å kommunisere, være oppmerksom, ivaretar sosialt nettverk og håndterer tap og ensomhet. Man kan blant annet observere Per under morgenstell, måltider, morgensamling, trim i avdelingen og når en går tur i lag med Per. Engedal(2008) nevner at observasjonene kan gjøres i samtale med pasienten og gjennom å se hvordan pasienten fungerer i miljøet. Ved Alderspsykiatrisk avdeling kan det være nyttig at en tilstreber at Per får færrest mulig å forholde seg til og at han har psykisk helsearbeider som primærkontakt. Dette kan bidra til en god allianse.

Engedal og Wyller(2006) hevder at en kan se endringer i ADL- funksjonen ved depresjon hos personer som har demens. Under velkomstsamtalen kom det frem at Per har den siste tiden hatt vansker med å ivareta personlig hygiene, uten han blir påminnet det av konen. En kan i avdelingen forsøke å finne årsaken til dette. Glemmer han det, eller har han nedsatt initiativ? Da Per er vant til å klare seg på egenhånd er det viktig å la han fortsette å gjøre dette. En må være oppmerksom på at Per kan bli frustrert. Dette kan unngås dersom omgivelsene legges til rette for han slik han opplever minst mulig utfordrende situasjoner som gir følelse av nederlag(Engedal, 2008). Psykisk helsearbeider kan være behjelpelig med å finne frem det han trenger og tilby han hjelp dersom han ønsker det.

I Guideline for Alzheimer`s Disease Management(2008) understrekes betydningen av å iverksette tidlige intervensjoner for å unngå for tidlig innleggelse i sykehjem, forekomst av depresjon både hos pasienter og økt mortalitet hos pasientene.

Engedal og Wyller(2006) hevder det kan være vanskelig å avdekke depresjon hos eldre da symptomene kan være vage eller skjulte og personene kan ha nedsatt evne til å uttrykke seg. I møte med Per kan det være vanskelig å si hva som kan være depresjon eller om det er Alzheimer sykdom som gjør at hele hans tilstand har forverret seg, som konen sa. Per

svarte avkreftende på spørsmål om han var deprimert. Ifølge Fossan og Raaheim(2001) kjenner eldre personer ofte ikke tristhetsfølelse ved depresjon. De kan si at de har mistet evne til å glede seg, er mer irritert, isolerer seg, har nedsatt matlyst og manglende energi. Under samtale hos primærlege, svarer Per avkreftende på spørsmål om han er deprimert, men han gav uttrykk for at han ikke hadde overskudd til noe og merket at hukommelsen hadde forverret seg. Gjennom observasjoner i avdelingen kan man få bekreftet flere av symptomene nevnt ovenfor. I avdelingen tilbringer Per det meste av tiden seg for seg selv på rommet. Psykisk helsearbeider motiverer han til å spise i lag med medpasienter, men da går Per raskt inn igjen på rommet etter måltidet. Det observeres at han spiser lite og hurtig. Han tar ikke initiativ til å være i avdelingen selv. Under samtaler med psykisk helsearbeider kommer det frem at han synes det er travelt å være i lag med så mange og han er redd for å si noe "rart". Det kan tenkes at han ikke ønsker sosialt samvær da dette byr på store utfordringer for han og gjennom samtale blir han kontinuerlig påminnet hans økende kognitive svikt.

I Guideline for Alzheimer`s Disease Management(2008) hevdes det at en bør være oppmerksom på humørsvingninger, irritabilitet og ytterligere svekkelse av funksjonell kapasitet hos pasienten, da disse symptomene kan tyde på depresjon ved Alzheimer sykdom. I rapporten beskrives nedsatte funksjoner og ytterligere kognitiv svekkelse som kan tyde på depresjon. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at Per har utviklet en depresjon som følge av Alzheimer sykdom. Per er irritabel overfor konen, har det siste halvåret hatt en ytterligere svekkelse av funksjonell kapasitet og han isolerer seg. Psykisk helsearbeider bør ha med i vurderingen om det kan være Alzheimer sykdom som er under utvikling, og at Per nå har en moderat form for Alzheimer sykdom i henhold til Engedal(2008).

Da Per takket ja til innleggelse ved Alderspsykiatrisk avdeling svarte han avkreftende på direkte spørsmål om han var deprimert. Hans kone og primærlegen opplevde at Per hadde nedsatt stemningsleie. Per gav derimot uttrykk for å være oppgitt over at han ikke lenger kan kjøre bil og over at husken gradvis blir dårligere. Både Engedal og Wyller(2008) og Rokstad og Smebye(2008) hevder at flere former for tap kan føre til isolasjon, ensomhet og utløse depresjon hos eldre. Det er kjent at opplevelsen av gradvis å miste evne til å mestre det en tidligere har mestret, kan føre til depresjon hos personer som har Alzheimer sykdom ifølge Rokstad og Smebye(2008). Per har inntil det siste halvåret vært selvhjulpent og fungert godt i deres hjem i lag med konen. Han har alltid vært ren og velstelt. Det kan

virke som om Per opplever sviktende funksjonsevne, og at dette kan ha sammenheng med hans depresjon. Rokstad og Smebye(2008) hevder at personer med demens har redusert evne til å håndtere de ulike tapene til tross for sykdommen. Det kan tenkes at Per opplever at han blir konstant påminnet det at han ikke mestrer alt som han har klart tidligere. Per har opplevd flere former for tap de siste årene. Han fikk diagnosen Alzheimer sykdom for fem år siden, ble uføretrygdet, pensjonert, har motorisk afasi som muligens kan være en av årsakene til han isolerer seg, gradvis opplever han svekkelse av å ivareta daglige funksjoner og som følge av utvikling i sykdommen kan han ikke lengre kjøre bil. Dette kan også være en grunn til at han isolerer seg. Per må forholde seg til tapene, til tross for hans svekkede evner til å forholde seg til dem. Hans måte å mestre dette på kan komme til uttrykk for irritasjon og sinne overfor konen.

PSYKOTERAPI VED ALZHEIMER SYKDOM

Krøger m.fl.(2000, s.207-220) hevder psykoterapi som del av behandlingen av depresjon hos eldre har vært lite benyttet. Engedal og Wyller(2006) viser til forskning de siste 50 årene som kan vise at psykoterapi kan være ett godt alternativ i behandling av depresjon hos eldre.

Ifølge Nilsen(2006) kan kognitiv terapi ha en viss effekt ved depresjon hos personer som har Alzheimer sykdom. Videre hevder både Maudon(2008) og Walker(2004) at kognitiv atferdsterapi har empirisk støtte som effektiv behandling av depresjon hos personer som har AS. Barca(2009) hevder derimot at ingen form for psykoterapi er hensiktsmessig behandling på grunn av personenes hukommelsesvikt. Det er vanskelig å si hva det er som gjør at resultater og meninger av hva som nytter er så forskjellige. Det kan muligens være ulik definisjon, og inkludering av eldre og de med demens, og hvilken fase av Alzheimer sykdom inkluderte pasienter er i.

Fossan og Raaheim(2001) hevder at de eldre i dag muligens har lite kjennskap til psykoterapi. Det understrekes at før en iverksetter psykoterapi er det viktig å beskrive hva psykoterapi er og klargjøre pasientens og terapeutens roller i behandlingen. Dette for å samarbeide mot ett felles mål som bedring for pasienten og for å få best mulig effekt av behandlingen. Det kan tenkes at Per opplever det forvirrende å få en omfattende

beskrivelse av psykoterapi. Det kan da være hensiktsmessig å forenkle informasjonen. Når en skal legge frem en slik behandling for Per bør en forenkle prinsippene i behandlingen og være klar og tydelig i språket. Dette kan blant annet gjøres ved å fortelle han at psykisk helsearbeider ønsker å ha regelmessige samtaler for å bli kjent med han for å vite hvordan en bedre kan hjelpe han når han er innlagt ved Alderspsykiatrisk avdeling. I møte med Per er det viktig å bruke tid på å bli kjent med han for å kunne bygge opp en god allianse. En god allianse mellom Per og psykisk helsearbeider er en forutsetning for samarbeidet om å hjelpe han til bedring.

Engedal(2008) hevder at det må gjøres en kartlegging av evnen til å mestre ulike funksjoner før en iverksetter intervensjoner. Ifølge Engedal og Wyller(2006) kan det være nyttig å ta i bruk enkle standardiserte evalueringsskalaer for måling av pasientens kognitive funksjon, hvordan de mestrer daglige gjøremål og fremtreden i hverdagen. I møte med Per kan dette være nyttig for å få en oversikt over hvor stor grad av kognitiv svekkelse han har. Ved å benytte skjemaer får en også en oversikt over Per sine mentale evner. Her kan en benytte MMSE- test, Mini Mental Status Examination(Engedal og Haugen,2005). For å få en oversikt over interesser og andre aktuelle samtaletema kan psykisk helsearbeider ved Alderspsykiatrisk avdeling benytte pasientopplysningsskjema (Solheim,2009) og fylle dette ut i samarbeid med pasient og pårørende. Informasjonen i skjemaet kan være viktige samtale- temaer mellom Per, psykisk helsearbeider og annet personale ved avdelingen.

Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Engedal og Haugen(2005) hevder helsearbeiderens rolle bør være trygg og stabil i møte med personer som har Alzheimers sykdom. Det vektlegges også kvaliteter som forklarende, forståelsesfull og lyttende. Engedal(2008) hevder at en bør ha en aktiv og positiv innstilling ved behandling av depresjon hos eldre som har Alzheimer sykdom. Ifølge Fossan og Raaheim(2001) er emosjonell støtte, empati og positiv oppmerksomhet viktige terapeutiske intervensjoner ved behandling av depresjon hos personer med Alzheimer sykdom. I møte med Per kan dette sammenfattes med Berge og Repål(2007) sin beskrivelse av den terapeutiske holdningen med ord som ekte, empatisk og ubetinget akseptasjon ved kognitiv terapi. Det hevdes at tålmodighet, varme og nærhet er andre stikkord for kontakten terapeuten er forpliktet til å gi. I møte med Per er det viktig å vise

forståelse for den fortvilelsen han føler over det at ikke husker så godt lengre. Han sier blant annet at: ”han Alzheimer tar bare større og større plass”. En må ha en positiv innstilling til å hjelpe Per til å få det bedre til tross for at han har Alzheimer sykdom. Under samtaler i avdelingen kan psykisk helsearbeider sørge for å ha øyekontakt med Per, sitte i rolige omgivelser og gi Per god tid til å svare. Da han kan ha latenstid som følge av depresjon eller trenger lengre tid til å finne ordene på grunn av AS. En kan også være behjelpelig med å finne ordene når han benytter omskrivninger eller setninger stopper opp. I møte med Per kan det være nyttig å oppmuntre til en fortellende kommunikasjon, da det er kjent at fakta er vanskelig å forholde seg til ved Alzheimer sykdom.

Ved å benytte kognitiv terapi kan en avtale å møte Per til daglige samtaler. Det refereres til teoridelen at samtaler skal være planlagte og ha faste rammer. Dette kan være vanskelig å utføre i lag med Per da han ikke har full innsikt i egen situasjon. Han sier han ikke er deprimert; ”det er bare Alzheimer som tar plass”, men omgivelsene oppfatter han som om han er det. Hans primærlege har en mistanke om depresjon. Konen hans opplever at han isolerer seg og hun sier hun ”ikke når inn til han lengre”, han blir bare sint. Psykisk helsearbeider kan ha elementer fra kognitiv terapi i tankene under daglige samtaler med Per eller forsøke å anvende dem. I dette arbeidet er det viktig ikke å utfordre Per med tanke på hans kognitive svikt, men forsikre seg om at han forstår det som blir sagt. Psykisk helsearbeider bør gå forsiktig fram, og vise respekt i møte med Per. Dette for å ivareta hans integritet.

I møte med Per er det ikke sannsynlig at en kan benytte KAT i rendyrket form, men det kan tenkes at man kan trekke ut elementer av KAT og anvende dette som redskap for å hjelpe han til bedring. Det er viktig å tilpasse behandlingen til Per med tanke på at han har Alzheimer sykdom av mild, eller muligens moderat type, og sannsynlig depressiv episode. Hans kognitive funksjon er svekket på grunn av AS og ved depresjon kan en se ytterligere svekkelse av mental funksjon i henhold til Fossan og Raaheim(2001). I møte med Per kan psykisk helsearbeider ha nytte av å benytte de faktorer som Engedal(2008) hevder kan påvirke og gi positiv effekt av psykoterapi ved behandling av depresjon hos eldre:

- En kontraktsfestet tidsramme for terapien.
- Målene for behandlingen bør være konkrete og realistiske.

- Fleksibilitet i forhold til varighet av møte eller samtale. Ved nedsatt konsentrasjon kan det være nyttig og korte ned på samtalen.
- Terapeuten bør være aktiv fremfor passiv.
- Språket bør være klart og konkret.
- En kan forsøke å kompensere for redusert hukommelse hos den eldre.
- Ta hensyn til personens nedsatte funksjoner.
- Ikke ha en negativ holdning til den eldre.

Maudon(2008) gir en beskrivelse hvordan depresjon kommer til syne hos en person ved at en har negative tanker som; ser på seg selv som utilstrekkelig, omgivelsene oppleves som ikke- styrkende og uten håp for fremtiden. Det vises til behandling ved KAT som går ut på å oppmuntre personer til å reflektere over sine tanker, identifisere levereregler og forandre uhensiktsmessig atferd. Det vektlegges at målet for behandlingen er å lære den deprimerte til å utføre kognitive teknikker overfor seg selv slik at en kan endre deres negative tanker. Dette kan være ett urealistisk mål i møte med Per på grunn av hans nedsatte hukommelse, men det kan tenkes at en kan forenkle denne delen av behandlingen.

Ifølge Engedal(2008) kan depresjon hos eldre oppstå av forskjellige måter en tenker på og som kan føre til at depresjonen blir vedvarende. Det nevnes den eldres negative tenkning om seg selv som et menneske uten nytte, ikke klarer å se fremover, alt rundt en er ukjent og ikke tilgjengelig. Den eldre kan tolke alle situasjoner negativt. Videre hevder han at en også kan se tegn til at den eldre kan ha dysfunksjonell tenkning i situasjoner gjennom overgeneralisering, overdrivelse og misforståelser. I møte med Per blir det trolig en stor utfordring å avdekke hans dypere tenkning, da han har kognitiv svikt og at han har vansker med å uttrykke seg. Det kan tenkes at en i viss grad kan lære Per å tenke annerledes, men da gjennom samtidig å benytte atferdsterapeutiske teknikker.

Berge og Repål(2007) hevder kognitiv terapi ved depresjon er rettet mot å endre både handle- og tankemønstre. I dette arbeidet kan en kartlegge daglige aktiviteter, planlegger praktiske gjøremål, og personen kan få hjelp til å se seg selv utenfra. Videre kan en diskutere tanker som fører til depresjon. Under den første samtalen mellom psykisk

helsearbeider og Per er det viktig å opprette en avtale om gjensidig samarbeid. Dette kan blant annet gjøres ved at Per får selv komme med forslag og ønsker om hvordan tiden ved avdelingen skal være. Psykisk helsearbeider kan understreke at det kan være nyttig at de samarbeider mot ett felles mål. Per gir uttrykk for at han ønsker at han skal få det bedre når han kommer hjem. Under den første samtalen, og andre samtaler bør helsearbeideren presentere seg og si hvem en er. Dette er viktig med tanke på at Per har svekket korttidshukommelse. Under den første samtalen er det først viktig å bli kjent. Temaer i samtalen med Per kan være hvor han vokste opp, hva han har arbeidet med tidligere, familie og hvordan han synes han har det nå. Psykisk helsearbeider kan være aktiv og lyttende samtidig, og på en varm og respektfull måte forsøke å sette seg inn i Per sin situasjon med henhold til Berge og Repål(2007).

Under senere samtaler kan en legge frem begrepet problemliste for Per. Psykisk helsearbeider kan ha begrepet ”problemliste” i hodet under samtalen og gjøre seg opp en mening om Per sin problemliste eller en kan velge å legge det frem for Per. Dersom en legger det frem må man forsikre seg om at det ikke blir for mye for Per, slik han blir forvirret. Enkelt kan man forklare Per at når en opplever at ting er vanskelig kan flere ting være vanskelig samtidig. Videre kan man spørre om han har det slik.

Engedal(2008) hevder det blir lettere å få oversikt over negative tanker ved at pasienten skriver ned tankene sine. Per kan ha vanskeligheter med å gjennomføre dette, men da kan psykisk helsearbeider notere i samarbeid med Per. Det blir da lettere å fortsette der en slapp ved neste samtale. Dersom en skriver en problemliste(Berge og Repål, 2007) for Per bør en gjøre det kort og konkret. Det kan tenkes at Per sin problemliste ser slik ut: ”Får ikke kjøre bil”, ”han Alzheimer tar stor plass”, ”orker ingenting”. Dette kan under samtalen skrives ned av psykisk helsearbeider som: ”Får ikke kjøre bil”, ”husker mindre”, ”nedsatt aktivitet”. En må forsikre seg underveis om at Per er enig i dette. Dersom Per står fast og ikke kommer på problem, kan psykisk helsearbeider spørre hvordan han opplever det å ha Alzheimer sykdom og videre hvilke utfordringer sykdommen gir han. I samtalen kommer det trolig frem at det som Per opplever som tyngst er det at han ikke kan kjøre bil lengre. Det er viktig at han får snakke om følelsene han har knyttet til dette temaet. I den avsluttende delen av samtalen kan det være hensiktsmessig å avklare hva Per ønsker å arbeide med for å bedre. Det er viktig at en begynner med noe som lett kan gi Per en opplevelse av mestring. Psykisk helsearbeider kan da oppmuntre han til å arbeide med øke

aktivitetsnivå og begrunne dette med at en får mer energi ved å gjøre noe. Dette kan en bygge videre på ved neste samtale.

Fossan og Raaheim(2001) hevder det kan være nyttig å anvende KAT ved depresjon hos eldre da de ofte opplever situasjoner som ikke alltid lar seg endre. De understreker da at det er viktig å fokusere på tilpasningsstrategier for å håndtere situasjonen. De hevder videre at en kan lære den deprimerte pasienten at atferd og kognisjon henger sammen. En kan blant annet forklare dette til Per ved å si at når en ikke mestrer det en har lyst til kan det gi en dårlig følelse og når en har en dårlig følelse kan det være vanskelig å få til det en ønsker. I møte med Per kan man enkelt forklare at tankene våre påvirker handlingene og omvendt. Dette kan en relatere til hvordan hans negative automatiske tanker som fører til at han isolerer seg på rommet i avdelingen. Psykisk helsearbeider bør gå varsomt frem og vise respekt når en skal motivere han til aktiviteter og trygge han på at han bestemmer. Berge og Repål(2007) vektlegger mestring av problemer i hverdagen for å bekjempe depresjon. De hevder at problemløsning kan læres. I møte med Per kan det være nytting å benytte problemløsning knyttet til hans evner til å ivareta egenomsorg og hvordan han kan komme ut av isolasjon.

Ved kognitiv terapi er det vanlig at en som terapeut er åpen og forklarende om behandlingen overfor pasienten. En kan i samarbeid med klienten tegne ABC- modellen og forklare underveis hvordan våre tanker påvirker våre følelser og omvendt. Under dette arbeidet er det viktig å få tak i negative automatiske tanker. Videre kan en være spørrende om personen komme på andre måter å tenke på. Dette for å endre måter å tenke på (Berge og Repål,2007). Overfor Per kan dette bli utfordrende, da han har kognitiv svikt og som kjent er fakta vanskelig å forholde seg til for personer med demens. I møte med Per kan en ha ett enkelt, fortellende språk. En kan si at det er vanlig for oss alle at det vi tenker kan få oss til å føle oss dårligere og når vi føler oss dårligere kan vi få triste tanker. Videre fører dette til flere triste tankene og det oppstår en ond sirkel. Under samtale mellom psykisk helsearbeider og Per, kommer det frem at han ofte har tanker om at andre oppfatter han som dum og at han ikke duger til noe lengre. Dette gjør at han ikke oppsøker ukjente og for han utrygge situasjoner. En kan da forsøke å skrive opp ABC-modellen for å illustrere hvordan følelser og atferd henger sammen.

A Var i miljøet i lag med medpasienter

B ”Dette klarer jeg ikke”, ”de synes jeg er dum”.

C Følelser han har knyttet til dette kan være at han er udugelig, får ikke til noe.

D For å få tak i alternative måter han kan tenke på kan det være nyttig å spørre hvordan han tror andre ville sett på situasjonen.

En kan anvende ABC- modellen rundt temaet at han ikke får kjøre bil lengre.

A Ble fratatt sertifikatet

B Jeg er ikke til nytte lengre, får ikke til noe, konen trenger meg ikke.

C Nedverdiggende, følte som et overgrep.

Psykisk helsearbeider kan benytte sokratisk spørreteknikk og samtale rundt ABC- modellen. En kan blant annet spørre hvorfor Per tror de tok fra han sertifikatet. Han svarer muligens at de var redd han skulle komme ut for en ulykke på grunn av han Alzheimer. En kan spørre om hva han tror årsaken er. Han kan svare: ”Husken er blitt dårligere så det er vel derfor”. Videre kan en spørre hvordan han tror en annen ville ha reagert på situasjonen. Han kan svare: ”Tror alle hadde blitt sint, men mest på grunn av sykdommen”. En kan enkelt tegne opp ABC- modellen (Berge og Repål,2007) og la Per få en kortfattet oppsummering av timen.

Atferdsterapi

Fossan og Raaheim(2001) og Engedal(2008) hevder atferdsterapeutiske teknikker kan være nyttige og har positiv effekt ved depresjon hos eldre som har Alzheimers sykdom. I dette arbeidet vektlegges å øke sosial omgang og betydningen av å øke opplevelser som gir en positive følelser og derav reduseres negative opplevelser. Det kan være nyttig å anvende dag eller ukeplan hvor en kan sette opp forslag til aktiviteter i samarbeid med Per. Dette kan psykisk helsearbeider foreslå for Per. Som kjent kan personer med AS og depresjon ha beslutningsvegring. Det kan da være hensiktsmessig at psykisk helsearbeider foreslår aktiviteter knyttet til tidligere datasamling, pasientopplysningsskjema. I arbeidet med å lage ukeplan er det viktig å ta hensyn til at Per som har Alzheimer sykdom lett kan bli frustrert og forvirret dersom det stilles for høye krav(Engedal,2008) I møte med Per kan dette unngås dersom psykisk helsearbeider legger til rette for han slik at han opplever

minst mulig utfordrende situasjoner som gir følelse av nederlag. Psykisk helsearbeider må tenke individuelt og ha fokus på ressursene som Per har. Psykisk helsearbeider kan foreslå at han skal forsøke å delta ved noen aktiviteter i avdelingen og så kan han foreslå andre aktiviteter. I avdelingen kan dette være daglige morgensamlinger, daglig trim, måltider, sangstund og ”kaffe-kos”. Videre kan en føre opp daglige samtaler på ukeplanen. De han foreslår kan muligens være å gå eller kjøre tur, reise på fotball- kamp, besøke akvarium eller stelle i sansehagen. Psykisk helsearbeider bør understreke at ukeplanen bare er ett forslag til flere aktiviteter og at han kan avbryte aktivitetene dersom det blir vanskelig. Ifølge Guideline for Alzheimer`s Disease Management(2008) viser undersøkelser at en av de mest effektive atferds- behandlingene er å øke lystbetonte aktiviteter. I møte med Per er det viktig at han får gjøre noe som han setter pris på, noe som kan gi han en positiv opplevelse der og da. Personer med Alzheimer sykdom glemmer raskt, men følelsene sitter ofte igjen etter en opplevelse.

KONKLUSJON

I årene som kommer vil vi sannsynlig se en økning i antall eldre som trenger helsehjelp. Aldringsprosessen kan være knyttet til risiko for utvikling av både demens og depresjon. Her kan en se flere sammenhenger, men videre forskning i fremtiden vil muligens gi oss bedre svar på årsakene til forekomst av sykdom hos eldre.

En av utfordringene vi står overfor personer med Alzheimer sykdom er hvordan man kan avdekke depresjon. Både helsearbeidere og pårørende bør være oppmerksom på at personer med demenssykdom har risiko for å utvikle depresjon. Videre er det viktig at psykisk helsearbeider samarbeider med pårørende og får opplysninger om hvordan personen med Alzheimer sykdom har vært og fungert tidligere. Om det er spesielle hendelser eller tap som kan ha utløst depresjon. I videre forskning kan en benytte Dementia Care Mapping (DCM) som er redskap for utvikling av omsorg for personer med demens. Her vektlegges bevisstgjøring av helsearbeidernes holdninger. En vil da muligens få innblikk i hvilken grad personer med Alzheimer sykdom opplever livskvalitet, da trivsel og velvære er ett av hovedområdene i kartleggingen. En kan da muligens få økt kompetanse i å observere symptomer ved depresjon hos denne pasient -gruppen.

Ved behandling av depresjon hos personer som har Alzheimer sykdom kan en benytte elementer fra flere psykoterapeutiske retninger. Det kan tenkes at en ved individuell tilpasning med kognitiv terapi, til en viss grad kan bidra til bedring for personer som har Alzheimer sykdom og depresjon. Ett av hovedsymptomene ved Alzheimer sykdom er hukommelsessvikt. Det vil da være vanskelig å benytte kognitiv terapi etter manualer. Ved å ta spesielle hensyn kan denne form for terapi benyttes som redskap for helsearbeiderne, og vil da muligens bidra til mer individuell behandling i møte med den enkelte pasient.

Nyere forskning viser at de eldre kan ha tilsvarende effekt av psykologisk behandling som yngre med depresjon. Det finnes lite forskning knyttet til psykoterapeutisk behandling til personer med Alzheimer sykdom som samtidig lider av depresjon. Det ser derimot ut som om det er en økende interesse innenfor dette området. Som en del av behandlingen kan man i møte med Per benytte psykoterapi som redskap, men det kan være hensiktsmessig å kombinere flere retninger slik som Burns og Liffé(2009) anbefaler. En rendyrket form for kognitiv terapi vil sannsynligvis bli for utfordrende både for Per og psykisk helsearbeider. Det kan se ut som om elementer fra kognitiv atferdsterapi kan anbefales ved behandling av depresjon hos personer som har Alzheimer sykdom.

Det kan tenkes at det i ett samfunnsøkonomisk perspektiv vil være fornuftig å øke satsingen ved å tilby psykoterapi til eldre. Ved å ha en positiv innstilling til denne type behandling kan en bedre både pasientenes og pårørendes livskvalitet. Videre kan dette bidra til at personer med Alzheimer sykdom får bo i sitt hjem lengre og en utsetter behovet for sykehjemsplass.

Pårørende er viktige støttespillere ved behandling av depresjon hos personer med demens. I litteraturen kan en se at dette området er hyppig omtalt og undersøkelser viser at pårørende som direkte, eller indirekte, er deltakere i behandlingen.

Det understrekes at det trengs videre forskning som kan gi svar på hvilke pasienter som kan ha nytte av kognitiv atferdsterapi ved behandling av depresjon ved Alzheimer sykdom.

REFERANSER

Barca, Maria Lage (2009) Depresjon ved demens – en faglig utfordring *Demens og Alderspsykiatri*, Vol.13 (3): 22-26.

Berge, Torkil; Repål, Arne (2007) *Den indre samtalen Kognitiv terapi i praksis* 2. utgave 2004, 3. opplag 2007

Burns, Alistair; Lliffe, Steve (2009) *Clinical Review Alzheimer`s disease*
Helsebiblioteket.no

http://www.bmj.com/cgi/content/extract/338/feb05_1/b158 Utskrift: 5.4.2010

Burns, Alistair; Lliffe, Steve (2009) *Clinical Review Dementia* Helsebiblioteket.no
http://www.bmj.com/cgi/content/full/338/feb05_1/b75 Utskrift: 29.3.2010

California Workgroup on Guidelines for Alzheimer`s Disease Management (2008)
Guideline for Alzheimer`s Disease Management State of California, Department of Public Health

Engedal, Knut (2008). *Lærebok Alderspsykiatri i praksis* 2. utgave. Forlaget Aldring og helse.

Engedal, Knut; Haugen, Per Kristian (2005) *Lærebok Demens Fakta og utfordringer* 4. utgave. Forlaget Aldring og helse

Engedal. Knut; Wyller, Torgeir Bruun. (2006) *Aldring og hjernesykdommer* 1. utgave, 3. opplag. Akribe AS

Fossan, Gudbrand; Raaheim, Kjell (2001) *Eldreårenes psykologi* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Kjos, Svein Andreas; Wennevold, Ellen (2008) *Helt alminnelig galskap En opplagsbok over psykiske lidelser* 1. utgave, 1. opplag Gyldendal Norsk Forlag AS

Kraus, Mirka (2003) Tilstand mellom depresjon og demens *Demens*, Vol.7 (2):12-15.

Kruger, Marit B; Lund, Anders; Skarstein, Jon; Stubhaug, Bjarte (2000) *Depresjons-håndboka* 1. utgave, 2. opplag. Engedal, Knut s.207-220 og Haug, Tone Tangen s. 89-101. Gyldendal Norsk Forlag

Nielsen, Geir Høstmark; Von der Lippe, Anna Louise (2002) *Psykoterapi med voksne Fem perspektiver på teori og praksis* Pensumtjeneste A/S

Nilsen, Lisbeth (2006) *Demenssykdommer En systematisk litteratur oversikt* Forlaget Aldring og helse

Nguyen, Maudon (2008) *The Relationship between Early stages Alzheimer`s disease and Depression and seeking Cognitive-Behavioral Therapy among Older Adults* Google: Alzheimer`s disease and depression. Nedlastet dato: 10.03.2010

Rokstad, Anne Marie Mork; Smebye, Kari Lislerud (2008) *Personer med demens Møte og samhandling* 1. utgave, 1. opplag Akribe AS

Smebye, Kari Lislerud; Karoliussen, Mette (2000) *Eldre, aldring og sykepleie* 2. utgave 1997, 6. opplag 2006. Gyldendal Norsk Forlag AS

Solheim, Kirsti (2009) *Demensguide Holdninger og handlinger i demensomsorgen* 2.utgave Universitetsforlaget

Statens helsetilsyn (1996) *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* Norsk utgave. 10 revisjon.

Tjøstheim, Borgny (2008) *Demens og familieliv Respekt som virkemiddel for handling og behandling* Forlaget Aldring og helse

Walker, Deborah A. (2004) *Cognitive behavioural therapy for depression in a person with Alzheimer`s Dementia* South London & NHS Trust, UK. Søkebase: OvidSP Nedlastet dato: 10.03.2010